1035

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

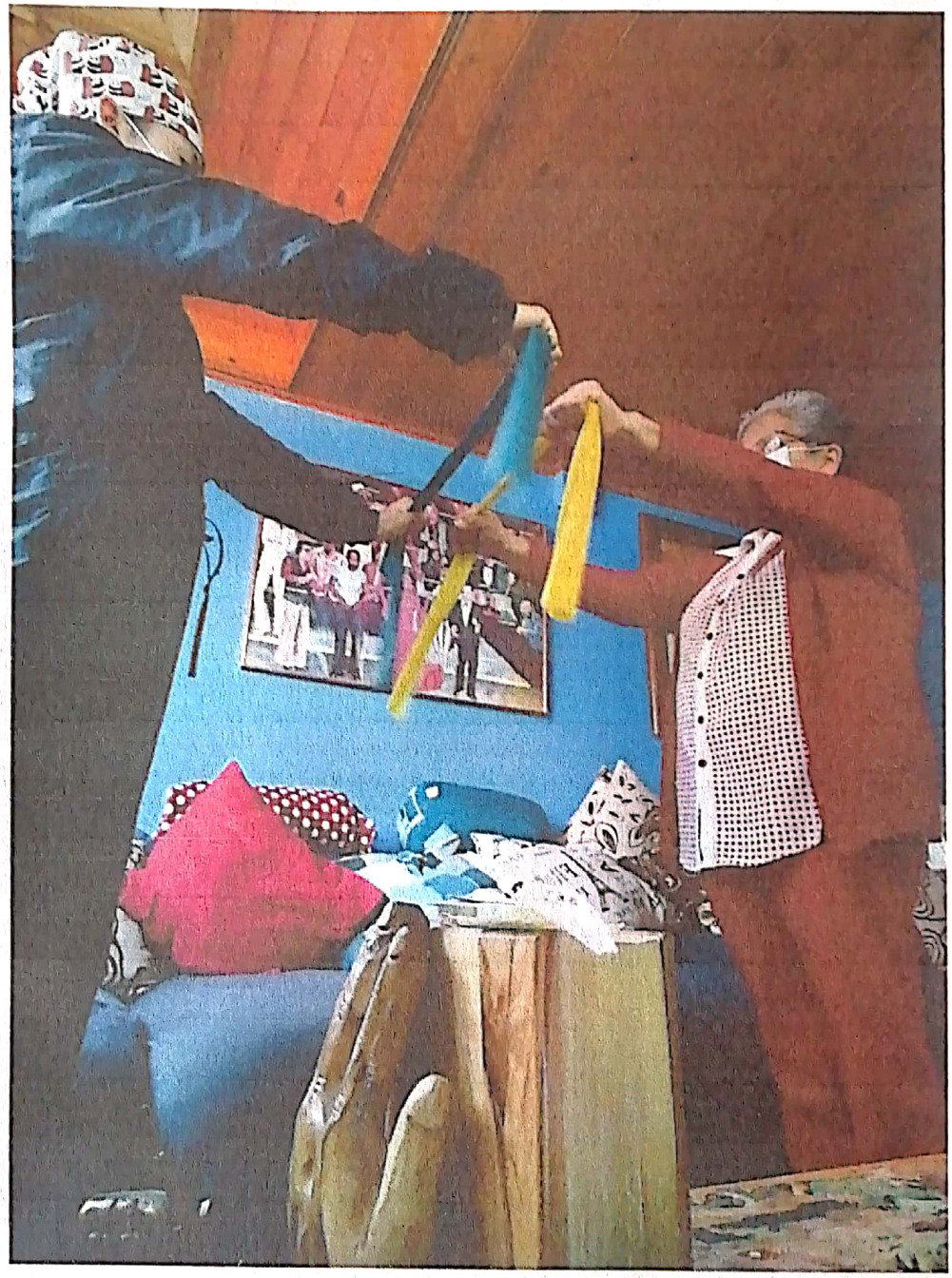
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Carmen Julia Perez Beltran

DIRECCIÓN: Cll 27 #2B-B15 14 Casa 6 **TELÉFONO:** 3142903453

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
25 horas	12:30 pm	
26 horas	2:45 pm	
27 horas	1:00 pm	
28 horas	7:00 Am	
29 horas	1:00 pm	

CARMEN JULIA PAEZ

C.C: 41329252



0037

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Carmen Julia Baez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 47379652

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
25/10/23	12:30 pm	Nueva inicia día de terapia física y se le coloca se evidencia paciente refiere dolor de 8/10 EVA en mmss izquierdo hongos de movilidad activa conservada en mmss y mmii, disminución muscular de 2/5 EVA escucha de pacientes en mmss y mmii. Fisioterapeuta Yeraldy Hernández RM: 079562
26/10/23	3:00 pm	Se realiza ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii de forma activa, disminución de lesiones, descenso de peso. Fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla, Fisioterapeuta Yeraldy Hernández RM: 079562
27/10/23	3:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, disminución de lesiones, ejercicios de pinzas y agarre, terapia sedativa con ultrasonido y termoterapia. Fisioterapeuta Yeraldy Hernández RM: 079562
28/10/23	3:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, disminución de lesiones. Fortalecimiento muscular con bandas, terapia sedativa con ultrasonido y masoterapia. Fisioterapeuta Yeraldy Hernández RM: 079562
29/10/23	3:00 pm	Inicia nueva día de terapia física, refiere disminución de dolor en mmss izquierdo con escala de 8/10 EVA con hongos de movilidad conservada disminución muscular de 2/5 EVA escucha pacientes, ejercicios musculares activos de movilidad de leves, pinzas, independencia para realizar actividades de la vida diaria. Fisioterapeuta Yeraldy Hernández RM: 079562

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HISTORIA CLINICA PARA COLUMNA

Historia Nº: 47329252 Fecha de Ingreso: 25/10/21
Apellidos Páez Beltrán Nombres Carmen Julia
Documento de identidad: Tipo: ___ Numero: ___ Sexo: F___ M___
Fecha de nacimiento: Día: 2 Mes: 01 Año: 1944 Estado civil: Soltera
Municipio: Funza Barrio: ciudad jardín Dirección: cll 21 # 25-B 15 casa 6
teléfono fijo: N.R Móvil: 3142903453 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Sanitas Contributivo: ___ Subsidiado: X
Diagnóstico: Artrosis CIE10 M199 Nº terapias 5
Acompañante: didier moreno Parentesco: Hijo Teléfono 3175268054

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía

Cronología de la enfermedad:

Fecha y hora de accidente de trabajo: —
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: Hace 40 años
Clínica de atención primaria: Hospital militar
Exámenes diagnósticos realizados: Radiografías
Atención de médicos especialistas: Ortopedista
Tratamientos realizados: —
Recomendaciones: —
Resumen: " Empezó con dolor en pie y pierna a hace 40 años hace regular"

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipotiroidismo Traumáticos: NO
Toxico-alergicos: NO Quirúrgicos: Fibromas, vejiga Infecciosos: NO
Farmacológicos: Levotiroxina, Calcitriol, Metoprolol

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: MMSS Tercio de forma continua
Escala Análoga Verbal 10/10
Sensibilidad Superficial: NO Espasmo: Cervical
Edema: NO Inflamación: NO

RetraccionesMusculares: pectorales, cervicales, paravertebrales, Romboides,

Longitud de miembros superiores Real: —
Longitud de miembros superiores aparente: —
Longitud de miembros inferiores Real: —
Longitud de miembros inferiores aparente: —
Maniobras especiales:
N.R

0039

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CERVICAL	
30°	Flexión	30°
50°	Extensión	50°
30°	Rotación	30°
30°	Inclinación	30°
	LUMBAR	
/	Flexión	
	Extensión	/
	Rotación	
	Inclinación	

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CERVICAL	
	Flexores conjunto de cabeza y cuello	
2/5	Extensores conjuntos de cabeza y cuello	2/5
	Inclinadores laterales	
	TRONCO	
	Flexores	
2/5	Extensores torácicos	2/5
	Extensores lumbares	
	Oblicuos	
	Transverso abdominal	

Alteraciones posturales: Hiperlordosis cervical
protusión de hombros
pies en eversión

Pruebas complementarias:
Piel: S.P
Faneras: S.P
Trofismo muscular: S.P
OBSERVACIONES /

DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO: Paciente con ganancia en dominio sintomático en cervicalgia, de rangos de movilidad, derrame muscular y dolor que la limitan levemente a generar actividades de la vida diaria

FIRMA TERAPEUTA: Slindy Fernández Registro: 029562

0040

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiendo en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. La atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [x] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- [x] Movilidad articular.
- [x] Ejercicios activos
- [x] Fortalecimiento
- [x] Estiramientos
- [ ] Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- [x] Disminución del dolor
- [x] Aumento de arcos de movimiento
- [x] Incremento en la fuerza
- [ ] Mejorar la estabilidad articular

Otros:_____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje)___30 %___ de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje: sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 25/10/22 Hora 3:00pm N° de terapias: 5 Diagnostico: Esclerosis

Yo Carmen Julia Paez con documento de identidad: 41329252 como (parentesco con el paciente) _____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - VITAL S
Especialistas en terap
Nit. 900.217 648 - 1

Firma del paciente

Cc 41329252

Smidy Hernandez

Firma de la terapeuta

Cc. 1073571377 Registro 524562

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Fecha 25 Ho 17 hora 3:00pm N° de terapias 5

Nombre: Carmen Julia Ibes Cedula: 47329552

✓ **PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)**

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	X		CÓLERA	X	
HERPES	X		H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONÍA	X		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CÁNCER	X	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Carmen Julia Ibes con N° de cedula 47.329.552

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

Firma del paciente o responsable

0042

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 25/10/17

Firma: [signature]

Nombre: _____

Número de identificación: 1139292552

0043

AUTORIZACIÓN

Yo Carmen Julia Paez identificado con cc 47329252 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Carmen Paez ***IDENTIFICACION*** 47329252

FIRMA [signature]

FECHA: 23/02/22 ***HORA:*** 3:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

0044

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Carmen Coca IDENTIFICACION 47329252

FECHA: 25/01/21 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR _____ ARL _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 25 ho bz HORA: 3:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Carmen Julia Paez Cédula: 47329252

DIAGNOSTICO: Artrosis

DIRECCIÓN: Calle 27 # 2B-Bis 14

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	✓	
2. Luz	✓	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	✓	
4 Normas de higiene básica		
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	✓	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	✓	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	✓	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	✓	
9. Cama en buen estado	✓	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	✓	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	✓	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (índice de delincuencia mínima)	✓	

OBSERVACIONES: ✓ ✓

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO

Si su respuesta es NO describa por qué: ✓ ✓

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Hernández Cedula: 1093576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Carmen Julia Paez. Cedula: 47.329252.

Parentesco del paciente: _____ Firma: _____

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 25	
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 15	
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	Puntaje 30	
Vía Venosa	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 20	
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0	0
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	TOTAL	0

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, lunes, 01 de noviembre de 2021 20:00:03 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 41.329.252**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CARMEN JULIA PAEZ BELTRAN	
Identificación	CC 41.329.252 Edad: 77 años, 9 meses y 30 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) domingo, 02 de enero de 1944	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 21 # 28 BIS - 14 HATO CIUDAD JARDIN. Teléfono: 3142903453	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	DIDIER MORENO Parentesco: HIJO Teléfono: 3115268079	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EPS: 0001 - MEDICOL Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: VIUDO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Femenino

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 7:41:37 p. m. - EDAD: 77 años, 9 meses y 30 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Levotiroxina
Caltrate
Ketoprofeno tópico
PATOLOGICOS: Hipotiroidismo
Artrosis

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnóstico médico de artrosis, con un tiempo de evolución de 10 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: articulación de codo hombro izquierdo Intensidad: 10/10 según EVA Frecuencia: continuo

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: izquierdo: 100º EXTENSION:izquierdo: 20º ABDUCCION: izquierdo: 100º ADUCCION: izquierdo: 0º ROTACION INTERNA: izquierdo: 50º ROTACION EXTERNA: izquierdo: 50º
CODO -> FLEXION: izquierdo: 100º EXTENSION: izquierdo: -10º
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Codo Movimiento: Flexión Musculo: Biceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación izquierda: 2-
Articulación: Codo Movimiento: Extensión Musculo: Triceps braquial Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Abducción Musculo: Deltoides medio, Deltoides posterior Calificación izquierda: 2-
RETRACCIONES
Hombro: Deltoides medio Leve
Codo: Bíceps braquial Leve
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL Lordosis lumbar: NORMAL Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: No evaluada
EQUILIBRIO: No evaluado
TROFISMO: No evaluado
MARCHA

Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de artrosis, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular y desempeño muscular
lo cual la limita de forma leve para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Bueno
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores, Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial, primera sesión y firma de consentimiento informado
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 26 de octubre de 2021 7:48:41 p. m. - EDAD: 77 años, 9 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores,, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 27 de octubre de 2021 7:49:46 p. m. - EDAD: 77 años, 9 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapìa sedativa (termoterapia, electroterapia, masoterapia). Se realizan estiramientos en tren superior. Se trabaja propiocepcion. Paciente sale en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 28 de octubre de 2021 7:50:51 p. m. - EDAD: 77 años, 9 meses y 30 días

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, Dorsiflexión
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 29 de octubre de 2021 7:52:52 p. m. - EDAD: 77 años, 9 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere disminución de dolor en miembro superior izquierdo con calificación de 5/10 según EVA
- Rangos de movilidad aumentaron para articulación de hombro izquierdo flexión 120º, extensión 30, abducción 150º, rotación de 50º, flexión de codo 120º. extensión 0º
- Espasmos musculares pasaron de moderados a leves en trapecios superiores
- Se mantienen retracciones musculares moderadas en isquiotibiales y gastro soleos
- Aumento desempeño muscular a 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de articulación miembros superiores e inferiores
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Paciente quien realiza patrón de marcha de forma independiente

Se recomienda control con médico tratante y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
